de la Garza Cardenas

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

(2)

ALGUNOS HECHOS

DE

FÍSTULA VÉSICO-VAGINAL EN MÉXICO

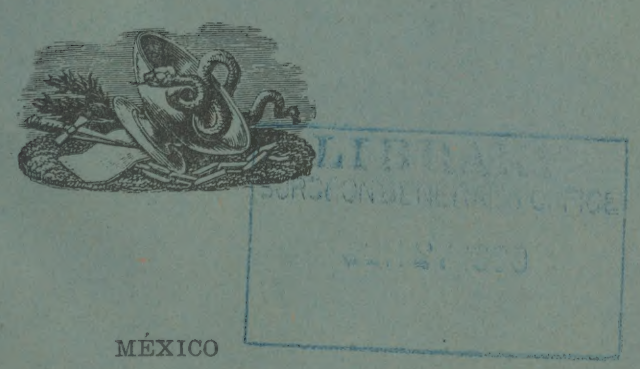
TÉSIS

PARA EL EXÁMEN PROFESIONAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA,
PRESENTADA AL JURADO DE CALIFICACION

POR

LUIS DE LA GARZA CÁRDENAS,

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México y practicante
del Hospital general de San Andres.



MÉXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE

BAJOS DE SAN AGUSTIN, NUM. 1.

1885

C. Dr. J. M. Bandera Linod. prop.

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

ALGUNOS HECHOS

DE

FÍSTULA VÉSICO-VAGINAL EN MÉXICO

TÉSIS

PARA EL EXÁMEN PROFESIONAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA, PRESENTADA AL JURADO DE CALIFICACION

POR

LUIS DE LA GARZA CÁRDENAS,

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México y practicante del Hospital general de San Andres.



MÉXICO
IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE
BAJOS DE SAN AGUSTIN, NUM. 1.

1885

A la memoria

De mis amados Padres.

A mi querido Padrino

El Sr. Lic. D. Viviano L. Villareal

y su Esposa.

**Pequeño y humilde testimonio de gratitud á estos séres bondadosos,
sin cuya solicitud paternal no habria llegado
al fin de mi carrera.**

A mis sabios Maestros

los Sres. Dres.

Don Rafael Lavista y Don José Olvera:

Su discípulo agradecido.

A mis inmejorables Amigos

Joaquin Benitez y Celerino Gonzalez:

Tributo de reconocimiento á su lealtad.

ENTRE los muchos casos de enfermedades que ya al lado de mis maestros, ya durante mi práctica en los hospitales he tenido ocasion de observar, la fístula vésico-vaginal ha llamado más mi atencion. Esta penosa enfermedad, que obliga á las pobres mujeres que la llevan, á romper con sus relaciones más queridas, á renunciar á todo cuanto en la vida pudiera hacerles impresiones agradables, sin tener, como lo ha dicho Dieffenbach, el triste consuelo que una muerte próxima las liberte de tantos males, no es exagerar al decir con Deroubaix, que es una de las más tristes que pueden afligir á la raza humana.

Se necesita leer la historia de esta grave afeccion, para poder apreciar la marcha vacilante de su triunfo; para convencerse del sinnúmero de tentativas inútiles que costó tacharla del cuadro de las enfermedades incurables.

¡Más de dos siglos de lucha, y más de dos siglos de derrotas perpétuas!

Hé ahí explicada la confusion, el desaliento que en aquellos tiempos invadia á los trabajadores cuando emprendian la obra que estaba reservada al siglo XIX.

En México, tambien en esa época de escepticismo, hubo hombres que se inscribieron en la lucha, y hoy que la ciencia ha triunfado sobre la enfermedad, muchos de nuestros cirujanos han obtenido felices resultados, siguiendo el procedimiento indicado por Marion Sims, en el Norte de nuestro Continente, y que corre en la ciencia con el nombre de procedimiento Americano.

A uno de nuestros maestros, el Sr. Dr. Lavista, lo hemos visto en un caso singular llevar alguna modificacion que nos ha permitido ver libre de sus sufrimientos á la pobre mujer portadora de la lesion.

Al Sr. Dr. San Juan, lo hemos visto igualmente salvar á una desgraciada que habia tenido que disolver los lazos de la familia

despues de muchos años de paz y felicidad, porque las contiendas domésticas habian invadido su hogar, á consecuencia de la aparicion de la enfermedad.

Mi objeto en esta vez, es comentar, interpretar los casos de fístula vésico-vaginal que he podido observar: no creo llenar debidamente el objeto, siendo como es, ardua y penosa la tarea.

Quiero abrir una vía fecunda en resultados prácticos, para que otra pluma mejor cortada que la mia y con un número suficiente de observaciones, termine lo que con muy buena fe me he propuesto principiar.

A mis compañeros que estudian el difícil arte de curar, les está encomendado acabar este camino, que un dia, no lejano, tendrá que solicitar la Cirugía Nacional.

¡Feliz yo si llego á ver mis deseos satisfechos!

Al estudiar con ciertos detalles la patogenia de la afeccion en mis observaciones, he tenido el cuidado de poner los hechos tales cual han pasado. Si las interpretaciones que les doy no estuviesen en armonía con las que les conviene, ruego al Jurado que va á decidir de mi porvenir social, no vea en ello más que un ensayo sobre el importantísimo estudio de la fístula vésico-vaginal.

Al escribir esta Memoria, he juzgado inoportuno hacer en particular el estudio de la anatomía patológica, de la situacion y del número, como de la direccion y extension de las fístulas que refiero en conjunto en las observaciones que publico al fin; porque su reducido número no me autoriza á fijar algunas conclusiones que serian interesantes si estuviesen apoyadas por una mayoría respetable.

No así del estudio patogénico y el del tratamiento que he procurado analizar, que aunque á título de observaciones aisladas, son dignas, á mi juicio, de llamar la atencion de los que principian el arte de los partos y de los que se dediquen á curar esta clase de padecimientos.

PATOGENIA.

LA causa determinante de la enfermedad en mis observaciones ha sido la Distocia. ¿De qué manera ha obrado en esta vez? ¿Cuál ha sido la accion que los cirujanos le han atribuido?

En el primer caso (Obs. I), se trataba de una primípara que habia llegado con toda felicidad al fin de su embarazo, que su parto se anunciaba lento, como se presenta generalmente en la que no ha parido. La administracion intempestiva de dósis continuadas de cuernecillo de centeno, hicieron que la matriz saliera del órden natural en que debia de deshacerse del producto de la concepcion: un comadron ignorante, sin reconocer siquiera lo avanzado del trabajo, y cuando tal vez los dolores de la enferma no eran más que preparatorios, administró la sustancia que hizo al útero prolongar la enclaustracion de la pobre criatura encerrada en su seno: largos dias se hicieron seguir en este estado ocasionado por una práctica absurda, despues de los que pudo expulsar la cabeza seguida al fin de muchas horas del resto del engendro, gracias á la accion bienhechora de un baño tibio. La permanencia de la cabeza en el canal, inmovilizada por la contraccion permanente de la entraña provocada por el centeno, es sin duda la causa más llana, la que más fácilmente se puede explicar, como siendo el factor principal del motivo del mal.

La estrechez del canal en las primíparas con la temible predisposicion á que están sujetas, de ver escurrir prematuramente sus aguas (al ménos entre nosotros), con la mayor altura del cuerpo del púbis y el abarrotamiento á veces de esta porcion del esqueleto en nuestras mexicanas, son en nuestro país, segun el Profesor Rodriguez, las causas más notables que hacen los partos laboriosos, y que sin el auxilio del arte se vuelven peligrosos y muchas veces imposibles.

En los partos naturales las contracciones de la matriz están en relacion con el grado de resistencia y de dilatabilidad de los órganos que deben dar paso al producto.

Al principio del trabajo, cuando la rigidez del cuello uterino es aún manifiesta, las contracciones del útero son débiles, si se quiere poco marcadas, no toman una intensidad y duracion mayor hasta que todo está favorablemente dispuesto para la migracion que el feto tiene que hacer y para que los tejidos que revisten el canal no se mortifiquen. De esta manera es como la naturaleza prepara el camino; imitarla, es saber partear; querer romper su equilibrio, es contrariarla, es obligarla á lo que no está dispuesta. Además, la intermitencia de los dolores, es decir, de las contracciones, tiene sin duda por objeto, volver intermitentes tambien las presiones que la cabeza ú otra region cualquiera del feto introducida en el canal, ejerza sobre sus partes blandas: la cabeza, por ejemplo, al ejecutar su movimiento de descenso y rotacion, comprime las partes del canal con las cuales está en relacion en cada empuje: cuando éste cesa, asciende un poco, de manera que los órganos comprimidos tienen tiempo para reparar las pérdidas que momentos ántes habian sufrido: volver la contraccion permanente, querer precipitar lo que por rigurosos grados tiene que llenarse, es pretender allanar una via buscando dificultades sin cuento.

La nutricion y la inervacion comprometidas, la dilaceracion

de los tejidos, es inminente; la gangrena misma se apodera de estas partes, y las soluciones de continuidad son el efecto inmediato.

Uno de los puntos más escabrosos del arte obstétrico, uno de aquellos en que apénas si basta toda una vida práctica y sobre lo que tanto hemos oido insistir al Profesor de la Clínica de partos, Dr. Rodriguez, es la disodinia, ó sea el estado anormal de las fuerzas expulsivas.

«No se conformen vdes. jamás, nos decia el sabio Profesor, con comprobar que un parto se alarga más que lo natural para decidirse á obrar sobre la potencia, nó, examinen ántes si la resistencia es normal ó nó. *La inercia real ó idiopática del útero, es rarísima;* por lo mismo, para que llenen la indicacion con toda conciencia, vayan á reconocer ántes con minuciosidad el estado de cada uno de los factores que directa ó indirectamente tomen parte en el desembarazamiento de la matriz. Hallada la razon de la disodinia, combátanla, pero solamente entónces, porque en el arte de los partos más que en ningun otro, se necesita que la razon alumbre el camino, que se dé el partero cuenta de lo que hace.» Observada esta práctica con verdadero respeto en la Casa de Maternidad, nos ha permitido ser testigos de la felicidad con que se verifican los partos. Algunas aplicaciones de forceps fueron hechas cuando los alumnos de guardia lo creimos oportuno, guiados en los consejos del maestro y nunca tuvimos por qué arrepentirnos: los niños y las puérperas quedaban perfectamente bien.

Resumiendo: con esta enferma se siguió la conducta que deberia haberse observado si se hubiera tratado de producirle su fístula; se faltó á los preceptos más rudimentales del arte; el reconocer si estaba ó nó en trabajo y lo avanzado de éste; se administró el centeno contra todas las indicaciones, precipitando á la naturaleza á salir de su paso: con ello se consiguió inmovilizar y enclavar por algun tiempo la cabeza en la exca-

vacion, resultando de todo esto la mortificacion de una enorme extension del tabique vésico-vaginal.

El segundo caso (Obs. II) se refiere á una multipara, á una mujer que habia tenido doce hijos, en quien se debia de suponer un canal amplio, sin los inconvenientes que presenta la nuliparidad. Sus últimos partos se habian hecho notar por su larga duracion, principalmente el último, que la hizo sufrir durante muchos dias. El cuello del útero se nos ha dicho que sufria, que un cirujano lo amputó, como nosotros pudimos comprobarlo al hacer el exámen físico de la region: aquí tal vez este órgano enfermo, siendo un obstáculo á la verificacion fácil del parto, contribuyó al desequilibrio entre las fuerzas expulsivas y la resistencia vital del canal; tal vez el padecimiento de este órgano no era aislado, la mucosa vaginal irritada, inflamada aún, primitiva ó secundariamente al padecimiento del cuello, presentaba las condiciones apropiadas para desgarrarse al pretender ser dilatada por la cabeza del feto; ó si en fin, la resistencia opuesta por el cuello fué mayor que la fuerza uterina un tiempo más que el ordinario, dejándose al fin dilatar cuando ya la entraña rendida no pudo continuar su obra, dejando como lo hizo, la cabeza mucho tiempo en el canal: este enclavamiento y esta inmovilidad de la extremidad cefálica del feto en la excavacion, pudieron muy bien determinar el padecimiento en cuestion.

Como es claro el mecanismo de la formacion de las fístulas en las enfermas que hacen el objeto de las observaciones I y II, ya estudiado, es oscuro el de la tercera que voy á analizar.

He creido necesario separarme por un momento del terreno puramente práctico que he recorrido hasta aquí, para entrar al hipotético é investigar la verdad en este caso por demás interesante.

¿Qué padecimiento siguió al parto de esta enferma que trajo consigo la oclusion de la vagina? Es probable que el trauma-

tismo determinado por el parto fuera tal que dejara dos superficies avivadas en las mejores condiciones para reunirse al ser abandonadas á su propia suerte.

Aun despues de los partos eutócicos, las mujeres sufren mucho algunas veces, cuando se les inyecta en la vagina sustancias por poco cateréticas que sean; la mucosa vaginal ha sido despojada en su mayor parte del epitelio que la protegia. Que est traumatismo sea más intenso, que no solamente el epitelio vaginal haya sido arrastrado con la cabeza del feto ó con el feto mismo, y tendrémos que la especie de avivamiento al cual se añade la reaccion inflamatoria producida por el traumatismo, estará en las mejores condiciones para unirse, como nos lo enseña este caso que venimos estudiando.

Esto nos recuerda el mecanismo de la curacion de las fístulas vésico-vaginales á que recurrieron los cirujanos de otra época: *la oclusion vaginal para la curacion de las fístulas.*

Hace 52 años un honorable cirujano de la Escuela de Paris, cauterizando una fístula interesó con su cáustico de nitrato de plata ambas paredes del canal vaginal: un hinchamiento enorme sucedió al procedimiento puesto en uso: calmado éste, la orina principió á escurrir por la uretra y la enferma dejó de sufrir; mas queriendo el cirujano ver lo que habia pasado en su operada, al hacer la exploracion desgarró probablemente las adherencias vaginales que se habian establecido obturando la comunicacion anormal, porque la orina volvió á escurrirse por la vagina, siendo precedida por una poca de sangre.

Referia yo este caso para apoyar mi idea de la posibilidad de la union de las paredes vaginales cuando su hinchamiento las pone en contacto, siendo avivadas por un cáustico ó por un traumatismo cualquiera.

Investigada la razon de la oclusion vaginal, ¿cómo explicarnos la aparicion de la fístula? Por más que hemos buscado en los autores los mecanismos de la formacion de ciertas fístulas

que no siendo debidas directamente al parto, hayan hecho su aparicion en circunstancias verdaderamente excepcionales, nada hemos encontrado que pudiera satisfacernos.

Deroubaix nos habla de un modo de formacion de ciertas fístulas, que llama por *contusion abscedada*, en que supone una contusion tal del tabique vésico-vaginal, que sin sufrir la desorganizacion inmediata da lugar á un derrame sanguíneo, el que, no sufriendo la pronta reabsorcion, irrita las partes contiguas, ocasionando abscesos que, abriéndose en las cavidades vaginal y vesical, establecen las fístulas.

Dieffenbach supone un folículo mucoso inflamado, que causando una pequeña coleccion purulenta, da lugar, al abrirse paso en la vagina y la vejiga, al establecimiento de la enfermedad. Lo raro de estos órganos en esta region nos hace presentir lo raro tambien de la enfermedad producida segun el mecanismo propuesto por el cirujano aleman.

Anatómicos distinguidos como Cruveilhier y Henle, niegan la existencia de glándulas en la mucosa vaginal; no es sino por excepcion, que el último de estos autores ha creído encontrar folículos cerrados análogos á los folículos solitarios del intestino. particularmente en su porcion superior y sobre el cuello uterino.

Otros autores han observado que por mucho cuidado que se tenga al querer remediar una atresia vaginal, el bisturí se escapa y produce la fístula.

En nuestro caso, el bisturí no pudo de ninguna manera ser el culpable en la produccion de la fístula, porque no se empleó mas que para dividir la antigua cicatriz en la entrada vaginal: el dedo siguió despegando las dos paredes unidas y la fístula no se mostró sino dos ó tres dias despues.

¿Cuál fué entónces el mecanismo por el cual se formó la comunicacion anormal? Es necesario suponer que el traumatismo que produjo la oclusion vaginal extendiera su accion al tabique vésico-vaginal. Supongamos por un momento que una contu-

sion más ó ménos intensa viniera á mortificar el tabique vésico-vaginal, pero que la reunion de las paredes del canal se efectuara ántes que la fístula hubiera aparecido; que durante el largo tiempo que permanecieron unidas las paredes vaginales, se hubieran establecido adherencias débiles en el punto de la abertura anormal, y tendrémos, que quitado el apoyo de la pared posterior de la vagina que la reforzaba, no tardara en aparecer, como no tardó la fístula vésico-vaginal.

Por oscuro que parezca el mecanismo que vengo estudiando, la explicacion que he convenido en darle me parece que está más en relacion con su modo irregular de formacion.

* * *

Para terminar lo concerniente á la parte que se le ha atribuido á la distocia, como factor en la produccion de las fístulas vésico-vaginales, voy á permitirme señalar, aunque brevemente, lo que se ha dicho por los prácticos que se han ocupado del asunto.

Para ciertos autores el forceps, la palanca, el cefalotrivo, los ganchos y aun las operaciones manuales, deben ser considerados como los más culpables entre los factores de esta temible afeccion. Se ha atribuido á estos agentes vulnerantes el triste privilegio de ser la causa de la enfermedad.

Hay cirujanos que no vacilan en acriminar principalmente al forceps, diciendo que su uso demasiado frecuente lleva consigo lesiones múltiples que sin él podian ahorrarse.

Otros, al contrario, consideran los accidentes observados despues del parto distócico, como la consecuencia de la no intervencion, cuando realmente conviene. Esa temporizacion excesiva preconizada por los detractores del forceps, es á quien ellos atribuyen la produccion de las fístulas.

Percy sostiene que no se conocen fístulas producidas por la mano del hombre del arte. Simon dice que el forceps, léjos de dañar el canal lo liberta cuando es empleado á tiempo.

Otros cirujanos, en fin, sin ser del todo exclusivistas, examinando la cuestion bajo un punto verdaderamente científico, declaran que la razon debe buscarse en el medio de ambas opiniones. Que el forceps, la palanca ó el cefalotrivo sean manejados por manos torpes é ignorantes, y verémos producirse lesiones múltiples allí donde la prudencia y el saber no dejarian con los mismos instrumentos la menor huella de su empleo.

Nada es más justo que la juiciosa reflexion que acerca de esto hace un sabio cirujano de la Escuela de Bruselas, Deroubaix, cuando dice: «En todos los casos yo me guardaré bien de atribuir á los instrumentos los defectos de que no se debe acusar más que á la impericia; y el recuerdo de algunos casos desgraciados no me autorizaria jamás á repudiarlos, como no lo haria para el bisturí ú otro instrumento quirúrgico cualquiera, bajo el pretexto de que hubiera sido mal manejado y torpemente dirigido sobre los órganos importantes á la vida.»

En efecto, más bien que formular acusaciones severas al uso de esa pinza salvadora inventada por Chamberlen y perfeccionada por Lebret, se debe acordar una temporizacion razonada é inteligente. El forceps, como lo dicen los profesores Rodríguez y Vértiz R., no es un instrumento de fuerza como su nombre parece indicarlo; es un instrumento de conduccion y realmente él conduce y extrae lo que la mano del partero no puede á veces ni siquiera asir, porque alcanza más que ella, y su forma adaptándose bien en la excavacion y sobre la cabeza del feto, no la deja escapar, como lo haria la misma mano ya rendida ó deslizada por el unto sebáceo.

Lo importante es precisar su intervencion y no desdeñar uno sólo de los principios que rigen y presiden su aplicacion.

TRATAMIENTO.

El tratamiento quirúrgico por la sutura de las fístulas vésico-vaginales antiguas, ya juzgado por la severa crítica de los años como el sólo medio de remediar esta penosa enfermedad, es el seguido por la generalidad de los cirujanos, el que entre nosotros ha dado tan buenos resultados. En dos de mis observaciones, I y II, se ha empleado este medio (con éxito completo): de él me ocuparé en primer lugar.

Distraigo en fin, en un capítulo aparte la atencion de mis jueces sobre otro mecanismo de curacion: *la reparacion espontánea de las fístulas recientes;* consignando al fin de esta Memoria la observacion III que lo demuestra.

Hace 32 años que aparecieron los trabajos de Marion Sims, y sus consejos en el empleo de los instrumentos necesarios á la operacion, la posicion, el avivamiento y la sutura, han sido conservados y seguidos en la ciencia. Ligeras modificaciones han aparecido señaladas por otros cirujanos: algunos instrumentos, por ejemplo, han sustituido á los primitivos con que Sims operaba; los cuchillos de mango largo para hacer la puncion y la escision del colgajo para avivar la fístula que algunos operadores emplean aún, han sido reemplazados por otros profesores con el cuchillo de Neubauer, los espejos han sido modificados ventajosamente, etc., etc.

Estas innovaciones no cambian en nada la esencia, digámoslo así, del procedimiento, como no lo cambia la posicion que se

debe dar á la mujer para operarla, que unos quieren que sea de un modo y otros de otro; ni aun el avivamiento que el ginecologista americano prefiere hacer solamente á expensas de la mucosa vaginal, y otros con Simon, de todo el tabique, sin preocuparse de herir ó respetar la pared vesical. Lo importante de este tiempo de la operacion, es procurar unir dos superficies aptas para la cicatrizacion por primera intencion; y los dos métodos que acabo de señalar, tienden al mismo fin, los dos igualmente se disputan la ventaja, siendo preferido el avivamiento en embudo enanchado seguido en América, al recomendado por el cirujano aleman, llamado avivamiento en embudo profundo, empleado en muchas partes de Europa.

Divergencias más notables aún se presentan al determinar la extension que se debe dar al avivamiento. Sims aconseja en regla general, que deben tomarse diez á doce milímetros tan profundamente como se pueda, sin interesar la vejiga, sea cual fuere la dimension de la fístula.

Simon sostiene que se debe de quitar todo el tejido de cicatrizacion, que los bordes fistulosos necesitan para unirse estar enteramente sanos, y agrega: *en caso de inéxito lo mismo le da á la enferma, perder su orina por una abertura pequeña que por una grande.*

Como se ve, los dos autores son exclusivistas, y si algun arte hay en que las reglas generales sufran más excepciones es la medicina. Se curan enfermos y no enfermedades, dice Bilroth; y en efecto, cada caso particular presenta indicaciones especiales.

Hay circunstancias en que el avivamiento como lo aconseja el cirujano aleman, no es posible, sin aventurarse á hacer cloacas enormes, que serian seguidas de nuevos y tenaces sufrimientos. En la operada del Sr. Lavista, donde una enorme desgarradura de toda la extension del tabique vésico-vaginal, estaba circunscrita por tejido fibroso en su mayor parte, tejido de cicatriz, acompañado de una vaginitis intensa, quitar todo

lo degenerado hubiera sido cuestion, siguiendo esas teorías, de desprender toda la cara anterior de la vagina.

Deroubaix, en sus excelentes trabajos sobre este punto, señala casos en los que ha obtenido la reunion sin quitar todo el tejido de cicatriz. En las fístulas grandes se debe, pues, buscar por un avivamiento moderado, como lo aconseja Sims, la reunion de los bordes fistulosos.

Sabemos que el tejido de cicatriz tiene pocos vasos, que su nutricion, por lo mismo, no nos garantiza la reunion; pero no habrémos hecho una cloaca destruyendo un tejido que la experiencia ha probado ser apto algunas veces para la adhesion.

Esto es lo que hemos observado en la operada del Sr. Lavista; aquí pudimos convencernos de la verdad de estas aserciones; aquella vía anormal necesitó para cegarse la loable constancia de nuestro cirujano, y el valor de la operada para sufrir los reveses.

En las fístulas pequeñas, donde se puede impunemente quitar todo el tejido enfermo, donde la reunion es la regla, se debe hacer. En la operada del Sr. San Juan, los bordes fistulosos se habian endurecido á consecuencia de cauterizaciones repetidas con alambres incandescentes. En esta vez vimos desprender el tejido esclerosado, con poca vida que circunscribia la comunicacion anormal y vimos tambien ser seguida esta conducta de los más felices resultados.

El tiempo más delicado de la operacion, es la sutura propiamente dicha, la eleccion del material con que debe hacerse es la fuente de la curacion. La sutura con hilos de plata ha gozado y goza aún de una reputacion bien merecida en el tratamiento de las fístulas. Cuando Marion Sims obtuvo sus primeros éxitos con este medio de union, anunció el descubrimiento del siglo XIX; entusiasmo muy justo si se recuerda que con los hilos de plata se borró esta enfermedad de la lista de las incurables.

Cuando se ha observado que el organismo concede cierta

hospitalidad á los metales y metaloides, tanto como repudia las sustancias orgánicas; cuando el mayor pulimento de los hilos metálicos asegura esta tolerancia; cuando, en fin, la fijeza en la forma y el volúmen, como en la inextensibilidad é impermeabilidad son llenadas convenientemente con este medio, era natural esperar de este material de sutura los resultados que dió y aun da en el tratamiento de las fistulas vésico–vaginales.

Los adelantos incesantes de la cirugía han puesto á disposicion del cirujano otros elementos para la sutura, que los hilos de plata, tales como la seda,[1] la cerda,[2] el catgut[3] y los gusanos de seda.[4]

La seda desechada al principio cuando el entusiasmo de la curacion radical de las fistulas fué un hecho, ha vuelto á aparecer prestando poderosísimos servicios. En Alemania, Simon opera con seda, y cuando está bien preparada, de manera á ser completamente aséptica y empleada para las operaciones antisépticas, se ha dicho que no da generalmente lugar á ningun síntoma resultado de la introduccion de un cuerpo extraño.

En la ovariotomia, dice Mac–Cormac: «se puede sin inconvenientes dejar las ligaduras de seda fina en la cavidad abdominal.»

1 "Para volver la seda completamente antiséptica es necesario hacerla hervir durante una hora en una solucion fenicada al 5 por 100, y conservarla en una solucion igualmente concentrada.—Frisch ha demostrado experimentalmente que era necesario hacer hervir la seda durante tres horas en la solucion fenicada ántes de volverla absolutamente aséptica; pero que en la mayoría de los casos, la seda puede ser empleada despues de una hora de ebullicion. Se puede obtener un buen hilo de sutura embebiendo la seda en una mezcla hirviente de cera y ácido fénico al 10 por 100."—Mac-Cormac.

2 La crin desechada por algunos cirujanos por su difícil manejo cuando se quiere anudarla, es aceptada vuelta aséptica, por otros, por las ventajas que presenta con su revestimiento epitelial.

3 Para que el catgut tenga todas las propiedades de la asepcia, para que su flexibilidad sea buena, es necesario mantenerlo durante cinco ó seis meses en una solucion de 59 gramos de aceite de olivo, 1 de agua y 10 de fenol. Despues de este tiempo debe mantenerse en aceite fenicado al 5 por 100, el que se tendrá cuidado de cambiar para que no se arrancie.

4 Los gusanos de seda presentan las mismas ventajas que la seda.

Examinemos por último el catgut. Entre los elementos de las curaciones Listerianas, se encuentra este agente que ha contribuido poderosamente al justo prestigio de que goza hoy el tratamiento antiséptico. Infinidad de veces habiamos visto utilizarlo en la clínica como material de sutura en otras partes del cuerpo que en la vagina, hasta que el Sr. Lavista, el primero, al ménos que yo sepa, suturó con él una fístula vésico-vaginal.

«El empleo de la ligadura y de la sutura de catgut, dice el Profesor Mac-Cormac, constituye uno de los elementos importantes en el tratamiento antiséptico. La experiencia ha demostrado que el catgut es absorbido por los tejidos sin determinar ni supuracion ni irritacion, y que desaparece rápidamente en el espacio de algunos dias. Se encuentra, por decirlo así, reemplazado y suplantado por celdillas vivas. La porcion de tejidos comprendida en una ligadura, no se mortifica, y las envolturas de los vasos no son ni divididas ni ulceradas.»

Al lado de estas ventajas incontestables presenta, sin embargo, algunos inconvenientes: es ménos fácil de manejar que la seda y la plata, sobre todo en la cavidad vaginal, si se quiere anudarlo; pero esta operacion es fácilmente reemplazada por los tubos de Galli, que sostienen perfectamente bien la sutura, como lo vimos en la operada del Sr. Lavista.

Se ha dicho igualmente que es ménos resistente que la seda y la plata, pero conviene admirablemente en las heridas donde no se tiene que ejercer para afrontarlas una gran tension.

Resumiendo: los hilos de plata lo mismo que la seda y el catgut, bien preparados, prestan servicios igualmente importantes cuando se les emplea como material de sutura; pero esta no es la sola consideracion que deba bastar para decidirse por éste ó aquel agente; hay otras más importantes aún, que deben presidir á su empleo. No á todas las regiones del cuerpo

convienen indistintamente, no en todas partes se comportan lo mismo.

De una manera general se puede decir: *allí donde las superficies que se trata de unir no tengan que sufrir ninguna especie de traccion, donde no haya que temer la accion de fuerzas encontradas, donde la sutura, en fin, no sea contrariada en su vía de union, todos son igualmente buenos.*

La plata por su manejo más fácil ha merecido la preferencia.

Que se utilice en cambio este agente allí donde la accion de los músculos se ponga en juego para separar los bordes de una herida, donde el desalojamiento de un órgano contribuya en todo ó en parte para desunir los labios de una solucion de continuidad, donde aun el infarto de los tejidos manifieste por su hinchamiento, la nociva tendencia de alejar las superficies que se desea unir, y verémos aquel material de sutura que surtia bien en el caso anterior, desgarrar los labios de la herida que se pretendia unir.

Aquí los hilos de plata ya no obran simplemente como sustancia bien tolerada por el organismo, ya bajo este punto de vista son inferiores á la seda y al catgut bien preparados.

Dados estos detalles acerca del material de una sutura y de los principios que deben regir para decidirse á emplear este agente de preferencia á tal otro, apliquémoslos á las fístulas vésico-vaginales, que es el objeto de nuestro estudio; examinemos la estructura del canal vaginal, y veamos qué modificaciones puede originar el estado patológico de que me ocupo para poderle señalar el material de sutura que le conviene.

El canal vaginal está compuesto de una túnica interna ó mucosa y de una externa ó muscular, que con el escapelo, segun Cruveilhier, es imposible de aislar; pero que sobre un corte se distinguen claramente por su color, siendo blanca la primera y rojiza la segunda. Alrededor de estas membranas se encuentra una delgada capa de tejido célulo fibroso más ó ménos

apretado, segun los individuos, y en la que se encuentran numerosas fibras elásticas. Esta última capa une las paredes vaginales con el receptáculo urinario y el canal de la uretra adelante y hácia atrás con el recto, pero con un tejido más flojo. Por eso es que siempre en los desalojamientos de la vagina la vejiga la acompaña, y el recto casi siempre queda en su lugar.

La mucosa vaginal está compuesta de un tejido conjuntivo muy denso, extremadamente rico en fibras elásticas, lo que explica su gran solidez y la enorme distension que puede sufrir sin romperse (salvo algun accidente) durante el parto. Tapizada por una capa de epitelio estratificado muy grueso, forma un revestimiento duro poco sensible, donde los hilos toman un punto fijo de apoyo. Las fibras musculares lisas que constituyen la segunda capa, rudimentarias para algunos anatómicos, sobre todo en la parte superior, son para Cruveilhier, bastante perceptibles, pero van aumentando á medida que se acercan á la entrada vulvo-vaginal. Por último, la delgada trama de tejido célulo-fibroso que separa y une á la vez la cara anterior de la vagina con las posteriores de la vejiga y de la uretra, forma la tercera túnica del canal vaginal.

Ahora bien: que una comunicacion anormal se establezca por cualquiera causa de la vejiga á la vagina, y decidida la operacion por la sutura, ¿por cuál material debe optarse? La sutura con alambres de plata fué la primera empleada con éxito, fué la que le dió el nombre al procedimiento americano. Y en efecto, en las condiciones fisiológicas que acabo de señalar relativas á la textura del canal vaginal, no pueden ser más propicias para el éxito completo: allí la plata no va á ser más oficio que unir sin restirar las superficies que se trata de pegar.

Que una fístula antigua haya modificado las propiedades de la mucosa; que la orina haya inflamado las paredes vaginales; que por último, se tenga que aproximar con cierta fuerza las superficies avivadas y la plata (surtiendo cuando apénas estaba

modificado el canal), en las condiciones precedentes no surtirá, desgarrará los tejidos hágase lo que se hiciere.

Yo he visto á mi sabio maestro el Sr. Lavista, afanarse dos veces consecutivas en buscar la curacion por este medio, sin obtener más que tentativas infructuosas en aquellas condiciones y con aquel material.

Entónces fué cuando lo vimos utilizar el catgut y obtener la curacion radical en aquella pobre enferma que ni los chascos anteriores, ni las pocas probabilidades que se le presentaban de éxito, hicieron vacilar un momento para alcanzar el alivio que habia venido á solicitar desde remotas tierras.

Hé aquí consignados algunos hechos que pueden muy bien, á mi juicio, tomarse en consideracion, cuando en un padecimiento como éste se trate de elegir el material de sutura que deba emplearse.

En la operada del Sr. San Juan, donde apénas si la orina habia modificado el canal, donde este cirujano avivó los labios de la fístula hasta encontrar tejido bueno, la sutura con alambres de plata fué seguida de los más felices resultados.

El catgut y la seda asépticos deben preferirse en los casos en que los tejidos infartados tienden á separar los labios de cualquiera herida. Los hilos de plata por su solidez é impermeabilidad á los líquidos que puedan bañarlos, como por su fijeza en la forma y el volúmen, deben ser preferidos cuando no vayan á obrar mas que para mantener el afrontamiento de los labios de una solucion de continuidad que no tiendan á separarse: teniendo presente que el organismo tolera fácilmente estos cuerpos extraños.

Ahora bien; hecho convenientemente el avivamiento y elegido el material de sutura que deba utilizarse, nos queda que referir algunos detalles sobre este último tiempo de la operacion: la sutura propiamente dicha.

Hay operadores que emplean con Sims las agujas america-

nas pendientes de un hilo doble de seda muy fino y resistente á la vez, terminado por una asa en la que se fijan los hilos de plata, si se ha preferido este último material: así es como lo hemos visto hacer al Sr. Dr. San Juan.

Otros con Simpson dan la preferencia á la aguja tubulada de este autor ó á la modificacion hecha por Mathieu, que permite el empleo de agujas de formas y curvaturas variadas. Otros, en fin, se sirven de la aguja curva de Reverdin, que facilita singularmente la operacion: así lo hizo el Sr. Lavista cuando suturó con catgut.

Sims aconseja que se principie la introduccion de las agujas por el labio derecho del ángulo anterior de la herida, en las fístulas longitudinales; por el labio anterior del ángulo izquierdo, en las transversales: tomando un poco ménos de un centímetro del borde avivado para comprender un espesor suficiente de tejidos, que no sea muy grueso, porque expondria al invertimiento hácia adentro de las partes comprendidas en el asa del hilo; que sea además tan profundo como se pueda, sin interesar jamas la pared vesical. Quiere igualmente, que la distancia que separe un punto de sutura de otro, sea á lo más de cuatro á cinco milímetros, teniendo cuidado sobre todo, en los ángulos que el afrontamiento sea completo.

La manera como los hilos deben fijarse ha sido diversamente practicada por los operadores: Sims recomienda ó que se tuerzan con su pinza, manteniendo ajustados los labios de la fístula, ó que se haga un nudo corredizo en una extremidad del hilo por donde se pasa la otra, y cuando esté bien afrontada la herida se cierre el nudo y se invierta del lado opuesto el cabo introducido; así, dice él, no hay necesidad de torcion. Bozemam y otros cirujanos los fijan con tubos de plomo, y es lo que han llamado *sutura en boton*. El Sr. Dr. San Juan los tuerce como Sims, pero coloca á una distancia de dos ó tres centímetros un tubo de Galli para afirmar más la sutura. El Sr. Dr.

Lavista los fija tambien con tubos de Galli, así lo hizo en las dos últimas sesiones de su operada.

Los cuidados consecutivos que deben darse á las operadas, han variado mucho; hay prácticos que recomiendan dejarlas en el decúbito supino, levantadas las rodillas por un cojin y en el reposo más completo hasta ocho ó diez dias despues, término en que deben de quitarse los puntos de sutura. Otros las dejan en absoluta libertad de tomar la posicion que les convenga, y otros, en fin, creen que no es necesario ni acostarla ni evitarle ninguna de sus ocupaciones ordinarias.

El Sr. Lavista colocó á su operada en el decúbito supino, recomendándole la mayor quietud, prescribiéndole lavatorios vaginales con líquidos desinfectantes, dejando tres dias permanente en la vejiga una sonda de aluminio. El Sr. Dr. San Juan prefirió para su operada la posicion sobre el vientre, recomendándole igualmente la quietud; colocó un poco de algodon absorbente en la entrada vaginal y puso una sonda blanda de goma el primer dia que siguió á la operacion, la que quitó porque se obturaba con el moco de la orina, recomendando el cateterismo cada tres horas; en la segunda sesion dejó la sonda permanente hasta la curacion.

Seria por demás encarecer esta sana práctica que he visto seguir á mis maestros: con ella se ha alcanzado la terminacion más favorable: la curacion radical.

El raciocinio hace aceptarla: cuando se suprime la locomocion se sustrae del estiramiento que deben sufrir las dos superficies que se desea unir; cuando se da cierta latitud en los movimientos se debe temer que se restiren los labios de la herida, que sufran, en una palabra, ciertos obstáculos hácia la perfecta adhesion.

***

La curacion espontánea de las fístulas vésico-vaginales por rara que parezca es un hecho.

La observacion III, que publico al fin de este estudio, lo acredita. Aun vive la paciente, y el apreciable cirujano á cuya bondad debo estos datos es digno de toda fé y está muy léjos de referir alterada la verdad de los hechos.

Corren aislados en la ciencia casos como éste: Dupuytren cita el de una mujer en quien tuvo que extraer de la vagina un pesario de marfil, que abandonado por mucho tiempo en esta cavidad, habia perforado los tabiques recto y vésico-vaginales, originando dos fístulas.

Lo interesante de esta observacion fué, que despues de la operacion, y en poco tiempo, la mujer quedara libre de estos males.

Las ideas antiguas acerca de las fístulas, no pueden persistir, no es necesario que un líquido escurra por un canal artificial para verlo siempre en el mismo estado; aun los canales y aberturas naturales reducen su calibre cuando están bajo la influencia del tejido cicatricial.

Todos los dias presenciamos retenciones de orina debidas á estrecheces algunas veces insuperables de la uretra del hombre y, aunque rara vez, en la mujer. Vemos tambien que el orígen de este mal se refiere muchas veces á blenorragias ó á chancros uretrales, habiendo existido 4, 5, 6 y áun 20 años ántes.

El tejido de cicatrizacion con su poder de retraccion se extingue con la vida.

¿Qué sucede, por ejemplo, con las fístulas resultado de la uretrotomia externa, que el cirujano hace para remediar una

estrechez infranqueable? ¿Con la uretro-cistotomia que el Sr. Lavista hace con tanta frecuencia y con tan buen éxito en el Hospital de San Andrés?

La talla perineal en el hombre deja igualmente como consecuencia una fístula que el cirujano no se preocupa en curar, y tanto ésta como las otras, la naturaleza se encarga de cerrar.

Con frecuencia vemos estrecharse considerablemente el ano, el istmo de la garganta y aun la boca, hasta el grado de necesitar la intervencion quirúrgica, y sin embargo, estas aberturas daban paso á materiales sólidos y líquidos, y se estrechan ó se obturan á la vista misma del cirujano que intenta remediarlas.

Es por lo mismo fácil de comprender el modo con el que la enferma que hace el objeto de la observacion III se haya curado.

Se me objetará que la situacion de estos procesos obturadores no es la misma, en tratándose, por ejemplo, de las fístulas perineales en el hombre, consecutivas á la operacion de la talla, y las fístulas vésico-vaginales en la mujer; se me dirá: el espesor de los tejidos del perineo en el hombre que tiende sin cesar á aproximar sus paredes, no es comparable al delgado tabique vésico-vaginal destruido en una extension más ó ménos grande.

A pesar de todo esto, el hecho se observa y la oclusion de la fístula por el mismo mecanismo parece la más probable.

Yo he visto en el Consultorio de la Beneficencia Pública, en el Hospital de San Andrés, á una niña de 4 años de edad, con una atresia tal de la boca, que apénas permitia la introduccion de una pluma de ave: mi entendido maestro el Dr. F. de P. Chacon, que la curaba, intentó remediarla desbridando una parte de las fibras del orbicular, teniendo especial cuidado de suturar la mucosa del carrillo con la piel, sobre todo en las comisuras, y no obstante esto, la cicatriz volvió de nuevo á invadir el orificio bucal hasta reducirlo á las pequeñas dimensiones ya indicadas.

Este padecimiento fué ocasionado por un tratamiento mercurial mal dirigido, impuesto por otro médico.

Sin embargo, una enorme fístula vésico-vaginal con bordes irregulares abandonada á la naturaleza, persistiria siempre; pero que se trate de pequeñas desgarraduras, que sus bordes á la caida de las escaras, estén tapizados de yemas carnosas, llenas de vida, que el poder de retraccion concéntrica no sea impedido por infartos de las paredes vaginales, que la fuerza centrípeta sea favorecida de alguna manera, y verémos los labios de aquella herida, unirse constituyendo una cicatriz, como lo demuestra la observacion III tantas veces citada.

Esta propiedad de retraccion del tejido cicatricial fué muy probablemente la que inspiró á Giordano y Rizzoli de Italia en 1868, á buscar en la sola posicion de la enferma, la curacion radical de las fístulas vésico-vaginales. Porque el primero de estos cirujanos asentaba como principio: *que en lugar de cerrar las fístulas para poner obstáculo á la pérdida de la orina, se debia desde luego impedir la pérdida de la orina para obliterar la fístula.*

Para llenar la indicacion fundamental de lo que llamaban el tratamiento estático, imaginaron invertir la posicion de la mujer colocándola boca abajo, en un lecho apropiado donde pudiera estar cómoda; ejecutando algunos quehaceres y de manera que se le pudieran hacer irrigaciones vesicales para ir dilatando esta cavidad.

Era sin duda tambien la que habia llevado á Fabre á investigar la curacion por medio del agrandamiento de la fístula, lo que ejecutó Chassaignac, con su constrictor, pretendiendo encontrar analogía entre las fístulas del ano y las vésico-vaginales, creyendo curar la incontinencia de orina reuniendo el orificio anormal con el meato urinario, por medio de la incision ó con la constriccion lineal, como se hace para las fístulas anales.

Era por último, lo que esperaban otros prácticos como Ne-

laton, Verneuil y Sims, cuando el primero de estos cirujanos aconsejaba no intervenir sino ocho ó nueve meses despues del parto que ocasionó la enfermedad.

Deroubaix, con el criterio del verdadero sabio, al consignar sus doctrinas, no aconseja la intervencion, sino cuando la naturaleza es impotente para reparar los desastres.

La sola posicion recomendada por Giordano en las fístulas antiguas y extensas, necesitaria tal vez para curarlas un trascurso de tiempo más largo que el de la vida media de la paciente; no es la orina la que impide la oclusion fistulosa, este líquido es impotente para detener el trabajo de reparacion, éste se lleva á cabo aun cuando la orina escurra siempre. La clínica nos enseña con frecuencia la superioridad del organismo en todos estos procesos.

La temporizacion acordada por los demás prácticos con más ó ménos límites, sola tambien, no seria tan ventajosa como siendo ayudada por una mano inteligente que vigilara los pasos de aquella cicatriz.

El cirujano que asiste al establecimiento de una fístula vésico-vaginal, que sorprende á la naturaleza despojándose de lo muerto, eliminando las escaras, que la ve principiar su obra de reparacion, que mide ó calcula su impotencia viendo que en algunos puntos se han extinguido ó marchitado las yemas carnosas y facilita ó ayuda á la fuerza centrípeta por medio de incisiones limitadas á la cercania de la fístula, comprendiendo la mucosa solamente, ya excitando la yemacion por medio de la tintura de yodo ó de cantáridas, que como se sabe, tienen la propiedad de fortalecer, de vigorizar las yemas carnosas de las heridas sin dañarlas; no es comparable al que se cruza de brazos esperando tranquilo que la naturaleza haya acabado para principiar él.

Mi maestro el Sr. R. Vértiz, me ha comunicado hace poco haber curado un ano artificial cauterizando los bordes con ni-

trato de plata y haciendo incisiones libertadoras en sus inmediaciones.

Este modo curativo de las úlceras atónicas, que el Sr. Dr. Carmona y Valle inició cuando daba en la Facultad la clínica quirúrgica, ha sido perfeccionado por el Sr. Vértiz, quien ha extendido su empleo hasta curar aberturas artificiales en el abdomen, como un ano contra natura en esta region. El raciocinio nos hace entrever que pudiera surtir en la curacion de las fístulas vésico-vaginales.

Esta es la creencia de mi inteligente maestro el Sr. Ricardo Vértiz; él cree que se deberia intentar teniendo en cuenta las curaciones espontáneas que corren aisladas en la ciencia.

No pretendo exhumar el método antiguo de la cauterizacion, al recomendar la ayuda de la cicatrizacion espontánea cuando se trata de fístulas recientes y pequeñas, no, ya todos esos métodos están juzgados como insuficientes y aun perjudiciales; porque por sí solos, lo que hacen es endurecer la cercanía de las fístulas, esclerosar el tejido periférico, como sucedió en la operada del Sr. San Juan, en la que tuvo que resecar una buena extension del tejido inodular que bordaba las paredes de la fístula.

Una expectacion cuidadosa del proceso natural de reparacion, una ayuda inteligente, es lo que yo pretendo suministrar á la naturaleza: si por cualquier motivo se viese el padecimiento persistir quedando en el mismo estado, se debe recurrir á la sutura.

Este método, por excelencia curativo y sin ningun inconveniente, es el gran recurso que conviene intentar desde luego en las fístulas antiguas y que puede aplazarse cuando se asista á la formacion del padecimiento y se quiera ayudar simplemente á la naturaleza.

* * *

De lo dicho se desprenden reflexiones del más alto interes: todas las veces que se asista á la terminacion de un parto laborioso, se debe, por una temporizacion razonada, esperar la conclusion espontánea del trabajo; si éste se alarga más que los límites señalados por la experiencia, se debe intervenir aplicando el forceps, si la presentacion es cefálica y la cabeza se encuentra en la excavacion ó en el estrecho inferior; hacer la version si es de hombro, y el parto manual si de nalgas. El olvido de esta conducta fué la causa del padecimiento en las enfermas que hacen el caso de este estudio.

Ya terminado el parto, no debe jamás el médico creer acabada su mision, prolijos cuidados ha menester la paciente, y muchos de ellos sólo el hombre del arte puede prodigarlos.

Si la fístula no se ha mostrado y se teme su aparicion, es necesario irrigar, limpiar la cavidad vaginal con líquidos desinfectantes. Muchas veces el cansancio, la fatiga que invade á las paridas es tal, que no se perciben de nada; si hay fiebre con más razon, y entónces descuidar la escrecion urinaria, es pernicioso; la retencion de orina siendo frecuente despues de los partos distócicos y de fatales resultados abandonada á su propia suerte, debe ser de preferencia vigilada.

Si la fístula á pesar de todos estos cuidados llega á aparecer, es conveniente examinar á la enferma con el espejo para darse cuenta del estado, situacion y número de las comunicaciones anormales: hecho esto, se debe aconsejar la quietud en una posicion favorable para la cicatrizacion y vigilar atentamente su marcha; si se detiene, hay que impulsarla, que favorecerla de alguna manera, y si aun á pesar de todo esto permanece estacionaria, se debe proceder á la sutura con hilos de plata, si se advierte que este metal no va á hacer más oficio que el

de unir, es decir, que no haya restiramiento de los tejidos: si éste se manifiesta, emplear el catgut ó la seda asépticos, de preferencia el primero de estos agentes, que no corta las superficies encargado de pegar, que se reabsorbe siendo reemplazado por celdillas vivas.

Hé ahí resumida la conducta que mis observaciones enseñan; si por su corto número no merecen la fé que autorizaria un gran número de hechos, al ménos, como lo digo desde el principio, deben aceptarse como acontecimientos de práctica que siempre enseñan.

***

No concluiré, sin haber declarado ántes, que lo poco bueno que este trabajo encierre, es debido á las notas clínicas que de mis maestros he recogido; por el contrario, los muchos errores que lleve son exclusivamente mios.

A mi querido maestro el Sr. Dr. Lavista, á quien soy deudor de muchas é inmerecidas consideraciones, tengo el gusto de darle públicamente un voto de gracias, por haber puesto á mi disposicion su valiosa biblioteca para estudiar el punto de esta tésis.

México, Enero de 1885.

Luis de la Garza Cárdenas.

OBSERVACION I.

Fístula vésico-vaginal profunda, determinada por un parto laborioso.—Dos operaciones consecutivas por el procedimiento americano, sin éxito.—Dos con la modificacion hecha por el Sr. Dr. Lavista, con éxito completo.

La Sra. de F., natural de Durango, de treinta y siete años de edad, de una constitucion muy buena y de temperamento sanguíneo, llegó á México el 27 de Enero de 1884, á solicitar los cuidados del Sr. Dr. Lavista. La enferma nos refirió que en el mes de Noviembre de 1881 habia llegado sin ningun contratiempo al fin de su primer embarazo: que apénas empezó á sentirse enferma, solicitó los cuidados de un comadron que ejercia cerca de la hacienda de su residencia, el que sin más antecedentes que su simple dicho de estar ya en trabajo, le administró dósis continuadas de cuernecillo de centeno durante una noche y el siguiente dia, no logrando con esto más que agravar considerablemente la situacion de la pobre mujer, que segun nos refiere, fueron exacerbados sus dolores sin poder alcanzar la más pequeña tregua en el martirio horroroso en que fué colocada por la medicacion anterior. Durante tres ó cuatro dias siguieron sus sufrimientos más y más tenaces: nuevas dósis de cuernecillo fueron administradas: por fin, ya parecia que se llegaba al fin de la tarea, porque la cabeza del nuevo sér asomaba á la vulva y salia de ella finalmente; los recursos del comadron aquí cesaron, porque era impotente para terminar el parto; las tracciones manuales que

ejercia sobre la cabeza de la criatura no hacian mas que exacerbar los dolores de aquella desgraciada mujer. Asustado de la obra que habia principiado con tan mal éxito, la abandonó dejándola en poder de sus padres y esposo, á los que se les ocurrió la feliz idea de darle un baño tibio y prolongado: este remedio tan simple de que hacen uso las gentes del arte, con tan buenos resultados en circustancias difíciles, fué puesto en práctica como llevo dicho, por aquellos habitantes de nuestros desiertos, que no tenian más esperanza que un auxilio Divino los sacara de la penosa situacion en que un ignorante los habia colocado. Esto bastó: pocas horas despues el útero permitia que se le escapara su presa: una niña muerta, seguida de la expulsion de la placenta y las membranas, hicieron cesar aquella tan difícil situacion.

La enferma, agotada por la no interrumpida série de sufrimientos de que acabo de hacer mencion, cayó sin sentido, presa de una fiebre violenta acompañada de delirio; su madre que la cuidaba me refirió que á los dos dias notó que su lecho se mojaba mucho, lo que atribuyó á simples desechos. Ocho dias permaneció en semejante situacion, al fin de los que, advirtió que su orina no salia por el conducto natural.

Aquí principió una nueva era de tenaces y horribles sufrimientos que la decidieron á emprender el largo viaje hácia esta Capital, á reclamar los cuidados de nuestro gran cirujano.

Pocos dias despues de su llegada, la vió el Sr. Lavista, á cuyo exámen tuvo la bondad de invitarme.

Recogidos los antecedentes ya expresados, procedió al exámen físico de la region indicada como sitio de sus males. La introduccion del dedo en la vagina era sumamente dolorosa para la enferma: sufria atrozmente cada vez que siquiera se tocaba la entrada vaginal, siendo necesario para este exámen el auxilio del cloroformo.

Procedimos á anestesiarla para darnos cuenta de su padeci-

miento: la vulva estaba escoriada, la vagina ulcerada principalmente en su pared posterior y un desgarramiento enorme de direccion transversal, ocupaba la parte superior de la cara anterior de la vagina. En situacion semejante, proceder inmediatamente á la sutura hubiera sido exponerse á ver desgarrados los labios de aquella herida, por hallarse profundamente inflamados.

Esta consideracion decidió al Sr. Lavista á aplazar la operacion hasta haber modificado favorablemente las condiciones de aquel estado.

Mandó que durante tres dias se irrigase con agua tibia la vejiga, para que pasando por la comunicacion anormal, la misma agua limpiase la vagina, y al efecto se puso una sonda de goma blanda en la vejiga, de la que pendia un irrigador colocado á una altura de un metro encima del lecho: de esta manera habia constantemente agua en la vejiga pasando á la vagina.

Un bienestar inmenso sucedió á este modo de obrar: la irritacion vaginal que tanto molestaba á la paciente se calmó; al fin del tercer dia empezó á sentir ligeros dolores en el hipogastrio, por lo que se le suspendió la irrigacion, dejando siempre prescrito se le hicieran frecuentes lavatorios vaginales con liquidos desinfectantes y ligeramente cateréticos.

Despues de veinte dias, aunque no estaba enteramente bien, decidió el Sr. Lavista operarla, puesto que aquel estado inflamatorio de la mucosa vaginal, determinado por el contacto de la orina, no podia cesar sino suprimiendo la causa que lo habia originado, y además, la enferma siempre suplicante á que se le operara, motivaron como llevo dicho, á emprender la operacion de M. Sims, el 15 de Febrero de 1884.

Habiéndosele cloroformado y colocada en posicion decúbito dorsal, con las piernas dobladas sobre los muslos y éstos sobre el abdómen, separados además por unos ayudantes.

Colocado el espejo de Sims, se procedió al avivamiento, el que fué incómodo y penoso, por las condiciones de la enferma, que era muy obesa y muy excitable por la hiperestesia vaginal que aun persistia á pesar de la anestesia completa. Durante este tiempo de la operacion, pudimos observar un aumento considerable de la escresion urinaria; lo que impedia continuar la operacion á cada instante.

En el resto de la operacion se siguieron en todo, los preceptos de Sims. La operacion se comenzó á las nueve de la mañana y terminó á la una de la tarde.

Instalada en su lecho, se le recomendó guardara la posicion en decúbito dorsal y que tomara al interior una píldora cada hora compuesta de 0.05 centigramos de alcanfor por 0.01 de extracto de opio, para calmar un poco la excitacion vesical producida por el traumatismo, encargándosenos la sondeásemos cada tres horas cuando ménos.

Los tres primeros dias que siguieron á la operacion hacian presagiar un éxito completo; nada de orina escurria por la vagina, el estado general era inmejorable; pero al fin de este último dia la orina seguia el camino que habia tomado hacia dos años: la sutura habia dado un resultado incompleto, un puente de una extension de un centímetro próximamente, se habia formado en la parte media de la fístula: quedaban ahora dos, por la reunion de la parte media de la primitiva.

Seguimos atendiendo á esta desventurada enferma hasta Marzo, en que se intentó una nueva operacion sin resultado.

En esta situacion, el Sr. Lavista concibió la idea de sustituir el catgut á los hilos de plata que nos cortaban los labios de aquella solucion de continuidad.

El 4 de Abril del mismo año, puso en práctica su idea, suturando con el catgut una de las fístulas despues de haberla avivado convenientemente. Tres dias despues, los tubos de

Galli que sostenian la sutura, se desprendieron, dejando cicatrizada la fístula.

El 10 del mismo mes, se hizo lo mismo con la otra comunicacion anormal, quedando como resultado en uno de los ángulos, una fístula casi imperceptible, que en la posicion parada dejaba filtrar la orina; la misma enferma procuraba estar sentada lo más del dia para retenerla; esta actitud ayudó sobremanera á conseguir el objeto deseado, es decir, verla libre del padecimiento que tanto la hizo sufrir. Hoy está completamente curada.

Hay que notar que despues de la segunda operacion se presentó una basca obstinada durante la tarde y noche del mismo dia: á esto se atribuyó en gran parte el mal resultado que se obtuvo. Tambien en las dos últimas sesiones se presentó el mismo accidente durante dos dias, á tal grado, que la sonda de aluminio que se habia colocado á permanencia para el escurrimiento de la orina, era expulsada de su lugar en cada acceso de vómito, y no obstante, la cicatrizacion no dejó de llevarse á cabo, dando el resultado más satisfactorio: la curacion radical.

OBSERVACION II.

Fístula vésico-vaginal determinada por un parto laborioso.—Curada en dos sesiones por el procedimiento americano.

Ocotlan Mora, natural de San Agustin Tlaxco, de 39 años de edad, casada y madre de doce hijos, de buena constitucion y de temperamento sanguineo, nos refirió que sus primeros partos fueron fáciles y felices; los últimos cuatro se hicieron notar por la lentitud con que se efectuaron, especialmente el último, que tuvo lugar en los primeros meses de 1883, en el que sufrió más que en los anteriores, por haber durado muchos dias en trabajo; despues del que, sintió que no podia orinar y que al tercer dia, sin haberse hecho nada para remediar este accidente, advirtió que su lecho se mojaba y sus orinas no seguian la vía natural.

En los primeros dias del mes de Setiembre de 1884 fué á la consulta gratuita del Sr. Dr. San Juan, á solicitar los cuidados de este distinguido cirujano, quien la mandó á su servicio del Hospital Morelos, donde la operó.

Examinada convenientemente el 18 de Setiembre de 1884, un poco ántes de la operacion, pudimos ver una abertura redondeada, del tamaño de medio real, situada cerca del cuello vesical; por el tacto percibimos endurecidos los bordes de la fístula, y la enferma nos dijo que un cirujano le habia cauterizado varias veces con un alambre enrojecido al fuego, con lo que no habia sentido el menor alivio.

La exploracion nos permitió igualmente ver, que en el cuello uterino se habia ejecutado una operacion. Interrogada en este sentido, supimos que el mismo cirujano que le cauterizó su fístula le habia amputado el cuello del útero.

Cloroformada y colocada en la posicion recomendada por M. Sims, en decúbito lateral izquierdo ó en semi-pronacion y aplicada la valva de este autor y los ganchos separadores, y dados á tener á unos ayudantes, procedió el Sr. San Juan á hacer el avivamiento, que duró cinco minutos, quitando todo el tejido inodular que habia alrededor de la fístula, quedando próximamente del tamaño de un décimo de peso. Despues de esto se aplicaron seis hilos de sutura con alambres de plata; en este tiempo se emplearon 40 minutos, quedando terminada la operacion á los 45.

Se puso en la vulva y en la entrada del canal vaginal un poco de algodon absorbente y se le colocó en la vejiga una sonda blanda de goma. Instalada en su lecho, se le recomendó guardara la posicion en que habia sido operada, exagerada un poquito sobre el vientre.

Dia 18 en la noche: temperatura $37^{\circ}\frac{8}{10}$, 96 pulsaciones por minuto y 26 respiraciones. Nada de notable. La orina escurria libremente por la sonda. Como alimento se le prescribió leche.

Dia 19 en la mañana: temperatura $37^{\circ}\frac{6}{10}$, 96 pulsaciones y 24 respiraciones por minuto. Se le administró bromhidrato de quinina 0.60. Extracto de opio 0.04 dividido en 6 píldoras para tomar 3 en el dia. Se le quitó la sonda porque se obturaba, encomendando al practicante de guardia la sondease cada 3 horas.

Siguió con la misma alimentacion.

Dia 19 en la noche: temperatura $37^{\circ}\frac{8}{10}$, 96 pulsaciones por minuto y respiraciones 38. Todo seguia bien hasta las 4 de la tarde de este dia, en que sintió dolores en el bajo vientre y frecuentes ganas de orinar, lo que no pudo efectuar; en estos mo-

mentos llegó el practicante y la sondeó, sacando una buena cantidad de orina.

Dia 20 en la mañana: temperatura 37° $\frac{6}{10}$, 96 pulsaciones y 24 respiraciones por minuto. En la mañana de este dia se le cambiaron los algodones absorbentes que se le habian puesto el primer dia, estando secos. Se le dejó la misma prescripcion medicinal y alimenticia.

Dia 20 en la noche: temperatura 38°, 102 pulsaciones y 30 respiraciones por minuto. En la tarde de este dia sintió nuevos dolores en el vientre bajo, se ha orinado varias veces en la cama; el practicante de guardia la habia sondeado esa misma tarde; se cree, visto el estado que guardaba en la mañana de ese dia, que ese cateterismo le originó el mal actual, es decir, que la fístula habia de nuevo aparecido.

Dia 21 en la mañana: la orina se escapa por algunos puntos de la sutura, se quitan todos los alambres y se ve cicatrizada la mayor parte de la fístula.

Motivos especiales obligaron al Sr. San Juan á diferir la nueva sesion hasta el 2 de Diciembre de 1884. Hecha la misma operacion con el mismo material de sutura y en el mismo Establecimiento, dió los resultados más satisfactorios.

Ocho dias despues de la operacion quitó el Sr. San Juan los puntos de la sutura, quedando todo cicatrizado.

OBSERVACION III. *

Fístula vésico-vaginal, apareciendo despues de una operacion que tuvo por objeto despegar las paredes vaginales; ocasionado este último accidente por un parto laborioso. Curacion espontánea.

La Sra. H., natural del Estado de Veracruz, de 38 años de edad, vino el año antepasado á esta Capital á solicitar los cuidados del Sr. Dr. Olvera. Hacia ocho años que despues de un parto largo y penoso, quedó con sufrimientos tales, que la hicieron desdeñar los cuidados de su médico, por sufrir demasiado en cada curacion que éste le hacia.

Habiéndose restablecido de este padecimionto, advirtió que sus reglas se habian suspendido, y que la entrada de su vagina se habia cerrado, cicatrizándose ambas paredes.

Durante el largo tiempo que sucedió á la oclusion vaginal, nada nuevo hubo que llamara la atencion de aquella mujer, sus reglas se habian suspendido sin originar ningun trastorno.

Queriendo que se le restableciese su canal, consultó á los Sres. Dres. Olvera y Mejía, quienes la operaron con la mayor facilidad: bastó dividir la antigua cicatriz en la entrada vaginal, para seguir despegando con el dedo el resto del canal que no presentaba adherencias notables.

Concluido esto, se procuró mantener separados los labios de aquella herida sangrante para que se cicatrizaran aisladamente, prescribiéndole, además, lavatorios antisépticos dos veces al dia.

* Esta observacion la debo á la bondad de mi querido maestro el Sr. Dr. Olvera.

Al tercer dia, el Sr. Olvera, inyectando en la vagina el líquido desinfectante, notó que la operada se quejaba mucho más que en los dias anteriores: terminó su curacion como de costumbre. Al dia siguiente se encontró con que la orina bañaba la vagina, que la enferma no habia orinado por la uretra desde el dia anterior.

Haciendo la exploracion por el tacto, comprobó una fístula vésico-vaginal, del tamaño de medio real, permitiendo la entrada de la extremidad del dedo indicador en la vejiga.

Prescribió simplemente calmantes al interior y lavatorios antisépticos á la vagina, esperando la reparacion de la brecha que habia abierto para emprender en seguida la curacion de la fístula.

La naturaleza, anticipándose á la mano del cirujano, cerró la fístula pocos dias despues, sin necesidad de tratamiento especial.

PERSONAL DE LA FACULTAD EN 1885.

DIRECTOR,

Dr. Francisco Ortega.

SECRETARIO,

Dr. José María Gama.

PREFECTO,

Dr. Eduardo Vargas.

PROFESORES.

Dr. Ortega...............	Anatomía descriptiva.
,, *Cordero*..............	Histología.
Profesor en Farmacia:	
Sr. Morales............	Farmacia elemental.
Dr. Bandera............	Fisiología.
,, *Galan*...............	Patología interna.
,, *Parra*...............	Patología externa.
,, *Chacon*..............	Anatomía topográfica.
,, *Lucio*...............	Patología interna.
,, *Gama*................	Patología externa.
,, *Licéaga*.............	Medicina operatoria.
,, *Dominguez*..........	Terapéutica.
,, *Segura*..............	Patología general.
,, *Andrade*............	Medicina legal.
,, *Lobato*..............	Higiene.
,, *Vértiz R*............	Obstetricia.

CLINICAS.

Dr. Núñez..............	Clínica externa.
,, *Mejía*...............	Clínica interna.
,, *Lavista*..............	Clínica externa.
,, *Carmona y Valle*....	Clínica interna.
,, *Rodriguez*...........	Clínica de partos.
,, *Montes de Oca*.......	Clínica externa.

JEFES DE CLINICA.

Dr. Villagran..........	Clínica externa.
,, *Ramirez de Arellano J. J.*............	Clínica interna.
,, *Ortega (hijo)*........	Clínica externa.
,, *Vargas*..............	Clínica interna.
,, *Ramirez de Arellano N.*...............	Clínica de partos.

ADJUNTOS.

Dr. San Juan..........	Anatomía descriptiva.
,, *Uribe*................	Farmacia elemental.
,, *Icaza*................	Medicina operatoria.
,, *Altamirano*.........	Terapéutica.
,, *Vértiz J*.............	Patología general.
,, *Ramirez de Arellano N*...............	Medicina legal.
,, *Ruiz Luis E*.........	Higiene.
,, *Gutierrez*...........	Obstetricia.
,, *Capetillo*...........	Clínica de partos.

PROSECTORES.

Dr. San Juan..........	Anatomía descriptiva.
,, *Icaza*................	Anatomía topográfica.
Mendiola N. y Zúñiga..	Ayudantes.

PREPARADORES.

Dr. Hurtado...........	Histología.
,, *Altamirano*.........	Fisiología y Terapéutica.
,, *Ruiz A*..............	Medicina legal.
,, *Gaviño R*...........	Higiene.
,, *Gonzalez R*.........	Operaciones prácticas.

CONSERVADOR DE PIEZAS ANATOMICAS.

Dr. Huici.

FARMACIA.

Sr. Morales............	Farmacia teórico-práctica.
,, *Laso de la Vega*.....	Historia de drogas.
,, *Lucio (hijo)*........	Análisis química.
Sres. Uribe y Rio de la Loza...................	Preparadores.